

ОТДЕЛИТЕ ВДОЛЬ ЭТОЙ ЛИНИИ

ЗАЯВЛЕНИЕ С ПРОСЬБОЙ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ MEDI-CAL

Заполните бланк заявления, соблюдая приведенные инструкции. Заполняйте бланк четкими печатными буквами.
Пользуйтесь только авторучкой с черными или синими чернилами или ашариковой ручкой с черной или синей пастой.

РАЗДЕЛ 1

Укажите информацию о лице, желающем пользоваться услугами по программе Medi-Cal самостоятельно, желающем, чтобы этими услугами пользовались члены его семьи, или желающем, чтобы этими услугами пользовались дети, находящиеся на его попечении.

1	ФАМИЛИЯ	ПЕРВОЕ ИМЯ	ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ
2	ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС (НОМЕР ДОМА, НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ). НЕ УКАЗЫВАЙТЕ НОМЕР ПОЧТОВОГО ЯЩИКА, ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС		
5	ГОРОД, ШТАТ	6 ОКРУГ	3 НОМЕР КВАРТИРЫ 7 ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
9	ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОН ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ФАКТИЧЕСКОГО) ИЛИ НОМЕР ПОЧТОВОГО ЯЩИКА		
10	10 НОМЕР КВАРТИРЫ 11 НОМЕР ТЕЛЕФОНА-АВТООТВЕТЧИКА ДЛЯ ЗАПИСИ СООБЩЕНИЙ 13 ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		
12	ГОРОД		
14A	НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ИЛИ ДИАЛЕКТЕ ВЫ ГОВОРЯТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО?		
14B	НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ЛУЧШЕ ВСЕГО УМЕЕТЕ ЧИТАТЬ?		

РАЗДЕЛ 2

Укажите информацию о лице, поименованном в разделе 1, о членах его семьи и о детях, находящихся на его попечении, даже если члены его семьи и находящиеся на его попечении дети не нуждаются в страховании медицинских услуг.

	Взрослый 1 (заявитель)	Взрослый 2	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3
15	Имя, фамилия: Фамилия Первое имя Второе имя				
16	Характер связи с лицом, поименованным в разделе 1 (степень родства, семейное положение).				
17	Если адрес, по которому проживает данное лицо, отличается от адреса, указанного в разделе 1, укажите адрес, по которому вы проживаете:				
18	Пол:	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский			
19	Семейное положение:	<input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Проживает раздельно <input type="checkbox"/> Вдовец или вдова	<input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Проживает раздельно <input type="checkbox"/> Вдовец или вдова	<input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Проживает раздельно <input type="checkbox"/> Вдовец или вдова	<input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Проживает раздельно <input type="checkbox"/> Вдовец или вдова
20	Имена и фамилии супруга, супруги или супругов проживающих совместно с заявителем несовершеннолетних детей, состоящих в браке.				
21	Дата рождения:	/ / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД			
22	Беременность:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
	Ожидаемая дата родов:	/ / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД			
23	Зарегистрирована ли физическая, психическая или эмоциональная нетрудоспособность данного лица?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
	Ожидаемый срок продолжения нетрудоспособности:	<input type="checkbox"/> 30 дней или более <input type="checkbox"/> 12 месяцев или более	<input type="checkbox"/> 30 дней или более <input type="checkbox"/> 12 месяцев или более	<input type="checkbox"/> 30 дней или более <input type="checkbox"/> 12 месяцев или более	<input type="checkbox"/> 30 дней или более <input type="checkbox"/> 12 месяцев или более

РАЗДЕЛ 2 (продолжение)		Взрослый 1 (заявитель)	Взрослый 2	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3
24	Получало ли когда-либо какоелибо из указанных лиц: вспомоществование наличными, вспомоществование по программе социального страхования (SSI), продуктовые талоны или услуги по программе Medi-Cal?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если да, то под каким именем?						
25	Номер карточки-удостоверения (BIC) получателя льготных услуг по программе Medi-Cal benefits BIC (если она у вас есть):					
26	Нуждается в льготном медицинском обслуживании?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
27	Владеете ли вы домом за пределами Калифорнии или покупаете ли вы в настоящее время такой дом?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				

РАЗДЕЛ 3 Информация обо *всех* детях, поименованных в разделе 2.

Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3	Еще не родившийся ребенок
28 Имя, фамилия матери:	Имя, фамилия матери:	Имя, фамилия матери:	Имя, фамилия матери:
Состояние матери: <input type="checkbox"/> Работает <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Не работает <input type="checkbox"/> Умерла	Состояние матери: <input type="checkbox"/> Работает <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Не работает <input type="checkbox"/> Умерла	Состояние матери: <input type="checkbox"/> Работает <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Не работает <input type="checkbox"/> Умерла	Состояние матери: <input type="checkbox"/> Работает <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Не работает
29 Имя, фамилия отца:	Имя, фамилия отца:	Имя, фамилия отца:	Имя, фамилия отца:
Состояние отца: <input type="checkbox"/> Работает <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Не работает <input type="checkbox"/> Умерла	Состояние отца: <input type="checkbox"/> Работает <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Не работает <input type="checkbox"/> Умерла	Состояние отца: <input type="checkbox"/> Работает <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Не работает <input type="checkbox"/> Умерла	Состояние отца: <input type="checkbox"/> Работает <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Не работает <input type="checkbox"/> Умерла

РАЗДЕЛ 4 Перечислите *все* доходы и денежные средства, получаемые лицами, указанными в разделе 2.

30 ИМЯ, ФАМИЛИЯ ЛИЦА, ПОЛУЧАЮЩЕГ О ДОХОДЫ И (ИЛИ) ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА	31 ИСТОЧНИК ДОХОДА И (ИЛИ) ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ (заработка плата, вспомоществование по программе социального страхования)	32 СУММА ПОЛУЧЕННЫХ ДОХОДОВ И (ИЛИ) ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ	33 ЧАСТОТА ПОЛУЧЕНИЯ ДОХОДОВ И (ИЛИ) ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ (ежемесячно, раз в 2 месяца, еженедельно, раз в 2 недели, ежедневно)

**РАЗДЕЛ 5 Укажите информацию о перечисленных ниже расходах и издержках, оплачиваемых *всеми*
лицами, поименованными в разделе 2.**

ТИП ПЛАТЫ, КОТОРАЯ ВНОСИТСЯ ВАШЕЙ СЕМЬЕЙ	34 ИМЯ, ФАМИЛИЯ ЛИЦА, ВНОСЯЩЕГО ПЛАТУ	35 ЕЖЕМЕСЯЧНО ВЫПЛАЧИВАЕ МАЯ СУММА	36 УХОД ЗА ДЕТЬМИ ИЛИ ИЖДИВЕНЦАМИ (укажите имена и фамилии соответствующих детей и (или) иждивенцев)	37 ВОЗРАСТ	38 ИМЯ, ФАМИЛИЯ ЛИЦА, ВНОСЯЩЕГ О ПЛАТУ	39 ЕЖЕМЕСЯЧНО ВЫПЛАЧИВАЕ МАЯ СУММА
Финансовая поддержка детей			1.			
Алименты			2.			
Другие взносы на медицинское страхование			3.			
Взнос на медицинское страхование по программе Medicare			4.			

РАЗДЕЛ 6

Если вы подаете заявление *только* от имени детей в возрасте до 19 лет и (или) беременных женщин (т. е. только с целью получения услуг, предоставляемых детям и беременным женщинам), пропустите этот раздел.

В любом другом случае укажите информацию, относящуюся ко *всем* лицам, поименованным в разделе 2.

40	Имеет ли кто-либо из поименованных лиц сбережения в виде наличных денег или не оплаченных чеков? Если да, укажите соответствующую сумму сбережений _____ (см. инструкции)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
41	Имеет ли кто-либо из поименованных лиц чековый счет, сберегательный счет или полис страхования жизни? (см. инструкции)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
42	Владеют ли поименованные лица одним или несколькими автомобилями? (см. инструкции)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
43	Причитается ли кому-либо из поименованных лиц какая-либо сумма в результате урегулирования судебного иска или судебного приговора? (см. инструкции)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
44	Имеет ли кто-либо из поименованных лиц страховой полис, предусматривающий оплату долгосрочного медицинского ухода? (см. инструкции)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
45	Владеет ли кто-либо из поименованных лиц акциями, облигациями, пенсионными фондами, доверительной собственностью, недвижимостью, автомобилями, используемыми в коммерческих целях, финансовые средствами, переведенными на коммерческие счета, векселями, закладными, документами об учреждении доверительной собственности, транспортными средствами, используемыми в целях отдыха и развлечения, доверительной собственностью или фондами, предназначенными для оплаты расходов на погребение, правами на ежегодные страховые выплаты или выплаты по завещанию, драгоценностями (приобретенными, а не полученными по завещанию или в качестве свадебного подарка), и (или) территориальными правами на разработку нефти, газа или других полезных ископаемых? (см. инструкции)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
46	Имели ли место, на протяжении последних 30 месяцев, передача, продажа, обмен или пожертвование кем-либо из поименованных лиц каких-либо видов собственности, перечисленных выше? (см. инструкции)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
47	Использовались ли какие-либо из перечисленных в этом разделе видов собственности в качестве финансового обеспечения или залога, с целью покрытия медицинских расходов? (см. инструкции)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

РАЗДЕЛ 7

Укажите информацию, относящуюся *только* к тем лицам, которые желают участвовать в программе Medi-Cal.

	Взрослый 1 (заявитель)	Взрослый 2	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3
48	Номер в системе социального страхования:				
Вы можете иметь право на участие в программе Medi-Cal даже в том случае, если вам не присвоен номер в системе социального страхования.					
49	Место рождения: (штат или страна)				
50	Является ли гражданином США или лицом, имеющим право на постоянное проживание в США? Если нет, укажите дату въезда в США	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД
51	Проживает ли в доме для престарелых, в пансионате или в другом учреждении, предоставляющем питание и осуществляющем долгосрочный медицинский уход за пациентами?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если да, укажите наименование учреждения:					
Собирается ли это лицо вернуться домой из указанного учреждения?					
Собирается ли это лицо вернуться домой в течение ближайших шести месяцев?					
52	Пользуется ли страхованием медицинского обслуживания, зубоврачебного обслуживания и (или) услуг, связанных с проверкой зрения и выпиской очков?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
53	Оплачивал(а) медицинские расходы в течение 3 месяцев, предшествовавших месяцу, на протяжении которого было подано заявление, и хотел(а) бы, чтобы эти издержки были возмещены по программе Medi-Cal.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
54	Участвует ли в судебном разбирательстве, связанном с аварийным, несчастным случаем или травмой?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

РАЗДЕЛ 7 (продолжение)

	Взрослый 1 (заявитель)	Взрослый 2	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3
55	Проходит или проходил ли кто-либо из взрослых поименованных лиц или кто-либо из родителей поименованных детей службу в вооруженных силах США?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Заявитель <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Отец или мать	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Заявитель <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Отец или мать	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Заявитель <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Отец или мать	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Заявитель <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Отец или мать
56	Этническое происхождение (раса): (заполнение этой графы не обязательно)				
57	Учится ли постоянно в образовательном учреждении?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
58	Проживает ли не по указанному адресу?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

РАЗДЕЛ 8 Разрешение на передачу информации (заполнение этого раздела не обязательно).

59	Если кто-либо из членов семьи не может получать бесплатное обслуживание по программе Medi-Cal, но имеет возможность приобрести дешевое медицинское страхование, может ли представитель местного управления службы социального обеспечения передать это заполненное заявление работнику программы Healthy Families?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
60	При заполнении этого заявления мне оказал(а) помощь _____ (укажите имя и фамилию лица, оказывавшего помощь). Я разрешаю представителю местного управления службы социального обеспечения сообщать этому лицу информацию, относящуюся к рассмотрению моего заявления. Инициалы заявителя: _____	

РАЗДЕЛ 9 Подписи заявителя и свидетелей.

61	Под страхом наказания за лжесвидетельство, предусмотренного законами штата Калифорния, я заявляю, что информация, указанная в настоящем заявлении, и в документах, приложенных мною к настоящему заявлению, точны и соответствует действительности настолько, насколько мне известно.
	Я заявляю также, что прочел(ла) и понял(а) инструкции по заполнению бланка заявления, текст деклараций и весь остальной текст, напечатанный на бланке этого заявления.

Подпись заявителя	Дата		
Подпись свидетеля (если заявитель не умеет писать)	Дата		
Подпись лица, оказывавшего заявителю помощь при заполнении бланка заявления	Номер телефона	Характер взаимоотношений с заявителем (родственник, друг, сосед)	Дата
Подпись лица, оказывавшего заявителю помощь при заполнении бланка заявления	Номер телефона	Характер взаимоотношений с заявителем (родственник, друг, сосед)	Дата

Для того, чтобы получить информацию о любой из перечисленных ниже программ, отметьте соответствующие квадраты, и вы получите информацию об этих программах по почте. См. также брошюру «Здравоохранение семей с детьми», опубликованную в рамках программы Medi-Cal, и информацию, приведенную на страницах электронного справочного центра Калифорнийского отдела здравоохранения, по адресу www.dhs.ca.gov

- Программа персонального ухода за пациентами на дому (PCSP).
- Программа медицинского обслуживания матерей и новорожденных (AIM). Эта программа позволяет беременным женщинам с ограниченным доходом получать помощь в сфере медицинского обслуживания.
- Программа продовольственного вспомоществования женщинам, новорожденным и детям (WIC). Эта программа позволяет беременным женщинам, кормящим матерям и детям до 5 лет получать продовольственную помощь.
- Программа планирования семьи.
- Программа детского здравоохранения и помощи детям-инвалидам (CHDP). Программа профилактического здравоохранения детей и молодых людей. Желаете ли вы, чтобы ваши дети или проживающие с вами молодые люди воспользовались преимуществами этой программы?

Да Нет